

การประยุกต์ใช้รูปแบบชินเนอร์จีเพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ฉวีวรรณ ธงชัย.¹ M.A. อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อ: การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและคุกคามความปลอดภัยของชีวิตเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์สูง หรือที่เรียกว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต้องมีการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีหรือรูปแบบการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง รูปแบบชินเนอร์จีหรือรูปแบบการประสานพลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบการพยาบาลหนึ่งที่ยกแบบมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล บทความนี้นำเสนอตัวอย่างของการประยุกต์ใช้รูปแบบการประสานพลังในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (1) 05-18

คำสำคัญ: รูปแบบชินเนอร์จี รูปแบบการประสานพลัง ผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

¹รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

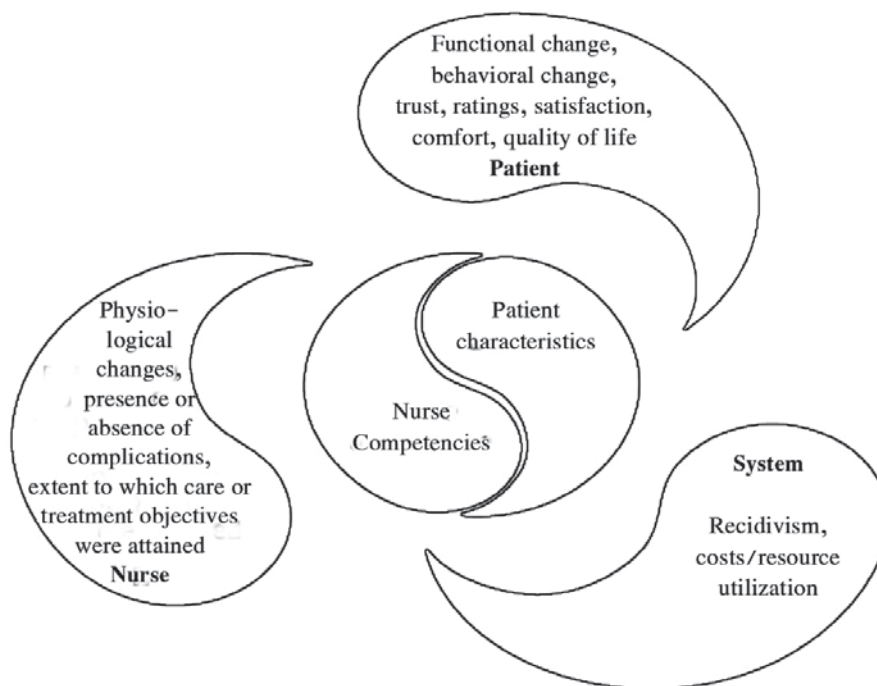
บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤต (critical illness) คือ การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีความเสี่ยงสูงหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระอย่างรวดเร็วจนการทำงานของอวัยวะในร่างกายเกิดภาวะไม่สมดุลและเกิดภาวะคุกคามความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย (life-threatening) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์สูง การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤต สามารถแสดงออกโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี หรือรูปแบบการพยาบาล เนื้อหาของบทความต่อไปนี้เป็น การประยุกต์ใช้รูปแบบซินเนอร์จี (Synergy

Model) หรือรูปแบบการประสานพลังในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

รูปแบบซินเนอร์จี (Synergy model)

รูปแบบซินเนอร์จีหรือรูปแบบการประสานพลัง พัฒนาขึ้นโดยสมาคมพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical Care Nurses [AACN]) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบปฏิบัติการพยาบาลและการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดย synergy จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการหรือลักษณะของผู้ป่วย ลักษณะของหน่วยงานหรือระบบ มีความสอดคล้องกับสมรรถนะหรือความสามารถของพยาบาล¹



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของ The AACN Synergy Model¹

องค์ประกอบของ Synergy model ประกอบด้วย²

1. คุณลักษณะของผู้ป่วย 8 คุณลักษณะ แต่ละลักษณะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.1 ความสามารถในการฟื้นสภาพ (resiliency) คือ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะกลับสู่ระดับการทำหน้าที่ของร่างกายดังเดิม โดยใช้กลไกการเผชิญปัญหาและการชดเชย

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ไม่สามารถตอบสนองได้เพิ่มขึ้น มีความล้มเหลวในการใช้กลไกการเผชิญปัญหาหรือการปรับตัว

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) สามารถตอบสนองได้ในระดับปานกลาง มีกลไกการปรับตัวและการเผชิญปัญหาได้บ้าง

ระดับ 5 (ระดับสูง) สามารถเพิ่มและคงไว้ซึ่งการตอบสนอง มีกลไกการปรับตัวและการเผชิญปัญหาที่สมบูรณ์

1.2 ความเสี่ยง/ความเปราะบาง (vulnerability) คือ ความอ่อนแอทางด้านร่างกายหรือจิตใจต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วหรือเป็นภาวะเสี่ยงหรือความง่ายต่อการเกิดผลกระทบ เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือความเครียดที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ไม่ดี

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) อ่อนแออย่างมาก หวั่นไหวง่าย เปราะบางมาก เสี่ยงสูง

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) อ่อนแอ/เสี่ยงปานกลาง ค่อนข้างหวั่นไหวง่าย

ระดับ 5 (ระดับสูง) อ่อนแอ/เสี่ยงเล็กน้อย ปลอดภัย ไม่เปราะบาง

1.3 ความสามารถในการรักษาสถิตของชีวิต (stability) คือ การตอบสนองต่อการรักษา หรือ ความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิต

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) อาการไม่คงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) สามารถคงสมดุลงานชีวิตได้ในช่วงระยะเวลาจำกัด มีการตอบสนองการรักษาบ้าง

ระดับ 5 (ระดับสูง) อาการคงที่ตอบสนองการรักษาดี ความเสี่ยงในการสูญเสียชีวิตน้อย

1.4 ความซับซ้อนของปัญหา (complexity) คือ ความเกี่ยวพันอย่างสลับซับซ้อนของระบบต่างๆ ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป เช่น ระบบของร่างกาย ระบบครอบครัวและระบบการรักษาพยาบาล

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) มีความซับซ้อนมาก มีความซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มเครือข่ายไม่เป็นไปตามปกติ

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) มีความซับซ้อนปานกลาง

ระดับ 5 (ระดับสูง) มีความซับซ้อนน้อย ลักษณะตรงไปตรงมา ชัดเจน เป็นไปตามปกติ

1.5 ความพร้อมของทรัพยากร (resource availability) คือ ความพร้อมของทรัพยากรในหน่วยงาน ชุมชน ในสถานการณ์ของผู้ป่วยมีความพอเพียงมากน้อยเพียงใด ยกตัวอย่างเช่น เทคโนโลยีงบประมาณ บุคลากร การสนับสนุนด้านจิตสังคม

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ความรู้และทักษะที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านบุคคล ด้านจิตใจและสังคมมีน้อยมาก

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ความรู้และทักษะที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านบุคคล ด้านจิตใจและสังคมมีจำกัด

ระดับ 5 (ระดับสูง) มีความรู้และทักษะอย่างดี แหล่งประโยชน์ด้านการเงินบุคคล จิตใจและสังคมมีเพียงพอ

1.6 การมีส่วนร่วมในการดูแล (participation in care) คือ ขอบเขตของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะนำมาใช้ในการดูแล

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถหรือไม่เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล

ระดับ 5 (ระดับสูง) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลได้อย่างเต็มที่

1.7 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision making) คือ ขอบเขตของผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจ ต้องการบุคคลที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถตัดสินใจจำกัด ต้องการคำแนะนำจากผู้อื่นในการตัดสินใจ

ระดับ 5 (ระดับสูง) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

1.8 ความสามารถในการพยากรณ์/ทำนาย (predictability) คือ คุณลักษณะโดยรวมที่ใช้ในการคาดการณ์เกี่ยวกับทิศทางความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ไม่สามารถทำนายได้เพราะไม่แน่นอน ไม่เป็นไปตามปกติ ไม่เป็นไปตาม critical pathway

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ไม่ชัดเจนสามารถทำนายได้บางครั้ง

ระดับ 5 (ระดับสูง) มีความซับซ้อนน้อย ลักษณะตรงไปตรงมา ชัดเจนเป็นไปตาม critical pathways

2. สมรรถนะของพยาบาล มี 8 สมรรถนะแต่ละสมรรถนะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) เป็นความสามารถในการใช้เหตุผลทางคลินิกประกอบการตัดสินใจการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการเข้าใจสถานการณ์โดยภาพรวม สามารถบูรณาการประสบการณ์และความรู้ที่ได้เรียนมาสู่การปฏิบัติ

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ปฏิบัติตามขั้นตอนที่เรียนมา ตัดสินใจตามลำดับขั้น และระเบียบปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคน ใช้ความรู้ที่เป็นแบบแผนเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจทางคลินิกแทนบุคลากรวิชาชีพอื่น

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) รวบรวมและแปลผลข้อมูลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ สามารถตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้ความเข้าใจเหตุการณ์นั้น ๆ ในภาพรวม ได้ระดับปานกลาง

ระดับ 5 (ระดับสูง) สังเคราะห์และแปลผลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ตัดสินใจบนพื้นฐานความเข้าใจโดยภาพรวมได้อย่างรวดเร็ว ใช้ประสบการณ์อดีตคาดการณ์ปัญหาต่าง ๆ และค้นหาความร่วมมือหรือจากทีมสหวิชาชีพ รับรู้และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2.2 การแสวงหาทางคลินิก (clinical inquiry) เป็นการติดตามความรู้ใหม่และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิก

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือตามคู่มือ นำผลการวิจัยของผู้อื่นมาปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติในคลินิก รับรู้ถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยที่กำลังเปลี่ยนแปลง ต้องการและค้นหาการช่วยเหลือในการระบุปัญหาของผู้ป่วย

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ตั้งประเด็นคำถามได้เหมาะสมกับนโยบายและแนวปฏิบัติ มีข้อ

สงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติในปัจจุบัน ค้นหาคำแนะนำ แหล่งประโยชน์หรือข้อมูลที่จะช่วยพัฒนาการดูแลให้ดีขึ้น เริ่มเปรียบเทียบและมองเห็นความแตกต่างของทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้

ระดับ 5 (ระดับสูง) พัฒนา ปรับปรุง มาตรฐานหรือแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย สอบถามหรือประเมินผลการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน ตามการตอบสนองของผู้ป่วย ทำวิจัยและการพัฒนาการเรียนรู้ใหม่ ๆ

2.3 การส่งเสริมการเรียนรู้ (facilitation in learning) ความสามารถของพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาล แพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ปฏิบัติตามแผน เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นงานที่ยากต่างจากการดูแลปกติ ให้ข้อมูลต่างๆ โดยไม่ประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วย ยึดพยาบาลเป็นศูนย์กลาง มองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ปรับแผนการให้ความรู้ที่กำหนดได้ เริ่มเข้าใจและผสมผสานวิธีการสอนที่หลากหลาย มองเห็นความซับซ้อนของแผนการให้ความรู้จากบุคลากรสุขภาพ เริ่มเห็นว่าผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญของการให้ความรู้ และเริ่มมองเห็นความเป็นปัจเจกบุคคล

ระดับ 5 (ระดับสูง) ประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้อย่างสร้างสรรค์ ผสมผสานการให้ความรู้ตลอดการดูแล ร่วมมือหรือเข้าร่วมวางแผนการให้ความรู้กับทีมสุขภาพ อื่นๆ เป็นอย่างดี เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้

2.4 การประสานความร่วมมือ (collaboration) การทำงานร่วมกับคนอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมสนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระดับที่ดีที่สุด

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) เต็มใจที่จะได้รับการสอน การชี้แนะและ/หรือคำปรึกษา มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) หาโอกาสที่จะได้รับการสอน การชี้แนะ และ/หรือคำปรึกษา ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาของทีม รับรู้และแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในทีมที่แตกต่างกันไป

ระดับ 5 (ระดับสูง) หาโอกาสสอน ชี้แนะและให้คำปรึกษา คอยอำนวยความสะดวกในการประชุม หาแหล่งประโยชน์ที่หลากหลายเพื่อนำไปสู่การดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

2.5 การคิดเชิงระบบ (systems thinking) นำองค์ความรู้หรือเครื่องมือต่างๆ มาช่วยการบริหารจัดการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ใช้วิธีการต่าง ๆ อย่างจำกัด มีมุมมองที่จำกัด ไม่รู้ว่าการเจรจาต่อรองเป็นทางเลือกหนึ่ง มองผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่แยกออกมาจากผู้ป่วย มองว่าตนเองเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) พัฒนาวิธีการบนพื้นฐานของความต้องการและความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว สามารถประสานองค์ประกอบต่างๆ ได้ มองเห็นโอกาสในการเจรจาต่อรองแต่อาจไม่มีวิธีการ

ระดับ 5 (ระดับสูง) พัฒนา ผสมผสาน และประยุกต์ใช้วิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการ และความเข้มแข็งของผู้ป่วยและครอบครัว มองสิ่งต่างๆ เป็นภาพรวม รู้ว่าเจรจาต่อรองแทนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ เมื่อจำเป็น

2.6 การทำหน้าที่แทนและการเป็นตัวแทนด้านศีลธรรมจรรยา (advocacy and moral agency) ทำหน้าที่แทนและแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือพยาบาลเป็นกังวล ทำหน้าที่เป็นตัวแทนด้านศีลธรรมจรรยา ในการระบุและแก้ปัญหาทางจริยธรรม

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) เป็นตัวแทนของผู้ป่วย ประเมินตนเองเกี่ยวกับค่านิยมส่วนบุคคล ตระหนักถึงประเด็นข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในคลินิก ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงออกได้ด้วยตนเอง และตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะมีค่านิยมส่วนบุคคลที่แตกต่าง ช่วยเหลือสมาชิกในประเด็นจริยธรรม สามารถตัดสินใจในเชิงจริยธรรมที่แตกต่างไปจากเกณฑ์หรือข้อบังคับ

ระดับ 5 (ระดับสูง) เป็นตัวแทนของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นปากเสียงแทน ถึงแม้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีค่านิยมส่วนบุคคลแตกต่าง ให้พลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวได้พูด ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรวิชาชีพ

2.7 การปฏิบัติด้วยความเห็นอกเห็นใจ (caring practice) กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาที่ส่งเสริมสนับสนุนและมีความเห็นอกเห็นใจระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสร้างความสุขสบาย การรักษาและป้องกันความทุกข์ทรมานต่าง ๆ

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) เน้นความต้องการของผู้ป่วยตามปกติ ไม่มีการคาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วยในอนาคต ให้การดูแลภายใต้กรอบของมาตรฐานและระเบียบปฏิบัติ

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว รับรู้และให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรตามลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัว จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เป็นเสมือนบ้านของผู้ป่วย รับรู้ความตายอาจจะเป็นผลลัพธ์ที่ยอมรับได้

ระดับ 5 (ระดับสูง) ตระหนักและคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทร หลีกเลี่ยงอันตราย และส่งเสริมความปลอดภัยตลอดเวลาให้ความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นความตายและภาวะใกล้ตาย

2.8 การตอบสนองต่อความแตกต่างของคุณลักษณะ และความต้องการ ของผู้ป่วย (response to diversity) ไวต่อการรับรู้ให้คุณค่า และบูรณาการความแตกต่างเข้าด้วยกันเพื่อการดูแล

ระดับ 1 (ระดับต่ำ) ประเมินความหลากหลายทางวัฒนธรรมและให้การดูแลภายใต้ระบบความเชื่อส่วนบุคคล เรียนรู้วัฒนธรรมของการดูแลสุขภาพ

ระดับ 3 (ระดับปานกลาง) ค้นหาความแตกต่างทางวัฒนธรรมและพิจารณาถึงผลกระทบทางวัฒนธรรมที่มีต่อการดูแล จัดแผนการดูแลที่สะท้อนถึงความแตกต่างส่วนบุคคล

ระดับ 5 (ระดับสูง) ตอบสนอง คาดการณ์และผสมผสานความแตกต่างทางวัฒนธรรมสู่การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

กรณีตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี ประวัติเดิมเป็น asthma ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ 35 ปีก่อน ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง 15 ปีต่อมาพบว่า มี bronchiectasis ครั้งนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากมีไข้ต่ำ ๆ ไอ เสมหะสีเหลือง ซ้ำยาลดไข้มารับประทานเอง มีอาการอ่อนเพลียมาก 2 ชั่วโมงก่อนมา ร.พ. เหนื่อยหอบมากขึ้นพ่นยาเอง 3 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น asthma with community acquired pneumonia ขณะที่มาถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดมี lung poor air entry และ wheezing sound both lung แพทย์ให้ beradual forte 4 ml via nebulizer 2 dose และให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 ml IV 80 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ขณะรับผู้ป่วยไว้ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด มีเสียง wheezing ใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยแรงดัน หลังรับไว้ 3 วันมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เครื่องช่วยหายใจทำงานไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย แพทย์จึงให้ valium 10 mg IV for fight respirator หลังได้รับยาอาการของผู้ป่วยก็ยังคงไม่ดีขึ้น แพทย์จึงได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Care Unit, RCU)

ที่หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีภาวะสับสนหายใจเหนื่อยหอบ อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 32-34 ครั้ง/นาที ฟังเสียงลมผ่านปอดเท่ากัน

ทั้งสองข้าง ทรวงอกขยายตัวเท่ากันพบเสียง wheezing ทั่วปอด 2 ข้างแพทย์พิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร set CMV mode: tidal volume = 450 ml, RR 16 ครั้ง/นาที, peak flow 60 LPM, FiO₂ 0.4, PEEP 5 cmH₂O, วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 98-99 % ผลตรวจเสมหะ พบเชื้อ Klebsiella Pneumoniae

ในวันที่ พยาบาล ก. รับผู้ป่วยรายนี้ไว้ในความดูแลผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเหงื่อออกตัวเย็นอุณหภูมิกาย 38-40 C°, EKG monitor show sinus tachycardia, HR 120-130 bpm, BP 70/40 -80/40 mmHg, urine ออกน้อย 12-15 ml/hr แพทย์พิจารณา load IV fluid, ใส่ central line วัด CVP ได้ 10-16 mmHg, BP ยังคงอยู่ที่ 70/40 -80/40 mmHg, HR 110 -120 bpm, urine output 20-30 ml/hr แพทย์จึงให้ยา levophed 4 mg in 5% D/W 100 ml IV drip, ร่วมกับเริ่มให้ antibiotic ทันที แพทย์ได้พิจารณาใส่ arterial line เพื่อวัด BP ปรับค่าเครื่องช่วยหายใจเป็น PCV mode, pressure 20 mmHg, FiO₂ 0.6 ระหว่างการ resuscitation ด้วยสารละลายร่วมกับการให้ยาพบว่าผู้ป่วยมีอาการยังไม่คงที่ จึงปรับเปลี่ยนจำนวนสารละลายและขนาดของยาที่ให้ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ใน 2 วันต่อมา จนกระทั่งอีก 1 วันต่อมาพบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ ค่า CVP 15-20 mmHg, HR 100-110 bpm, BP 95/72 - 101/56 mmHg, MAP = 71 - 79 mmHg, urine output 30-40 ml/hr สามารถหยุดการให้ยา levophed ได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock อีก แพทย์จึงได้พิจารณาเอา arterial line ออก อีก 2 วันถัดมาสามารถเอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ และได้รับการพิจารณาย้ายออกไปอยู่วอร์ดสามัญ

การประเมินคุณลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristics) โดยใช้ Synergy model

จากการประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลอง และการติดตามการตรวจพิเศษ สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยตาม Synergy model ได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการฟื้นสภาพต่ำ (minimal resiliency) เนื่องจากการเจ็บที่ป่วยเรื้อรัง คือมีประวัติเป็น asthma มานานถึง 35 ปี ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องจากการที่เป็นโรคเรื้อรังและมีความก้าวหน้าของโรคขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมี physiological reserve ต่ำ การอักเสบของหลอดลมที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวรทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่เรียกว่า airway remodeling ซึ่งการที่มี airway remodeling จะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยต่ำกว่าปกติและมีหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างถาวร มีการเพิ่มจำนวนของ goblet cell และ mucous gland ทำให้ผู้ป่วยมีเสมหะมากขึ้น โดยในภาวะปกติทางเดินหายใจตั้งแต่กล่องเสียง (larynx) ลงมาจนถึงหน่วยปลายสุดของปอดจะเป็นบริเวณที่ปลอดเชื้อและระบบหายใจจะมีกลไกในการป้องกันไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมโดยเฉพาะเชื้อโรคเข้าสู่หลอดลมส่วนปลาย เพราะฉะนั้นเมื่อกลไกการป้องกันต่าง ๆ เหล่านี้เสียไปแม้จะเป็นบางส่วนก็จะทำให้เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายก่อให้เกิดโรคได้ การอักเสบของปอดในระยะแรกจะเริ่มมีของเหลวคั่งบวมและเม็ดเลือดขาวต่อมาจะมี macrophage ที่บริเวณที่มีการอักเสบเพื่อจะกำจัดเชื้อโรคเหล่านี้และขับออกสู่ระบบน้ำเหลืองปอดอักเสบส่วนนี้จะเริ่มมี consolidation เป็นผลทำให้ vital capacity และ compliance ของปอดลดลง จากกระบวนการอักเสบส่งผลให้มีการกระตุ้นหลอดลมเกิดการเกร็งตัวของ

กล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดลม การอุดกั้นของหลอดลมทำให้มีลมคั่งค้างอยู่ในปอด (functional residual capacity) เพิ่มขึ้นเกิดภาวะ alveolar hyperventilation เลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้นจะไม่มีแลกเปลี่ยนก๊าซกับถุงลมปอดทำให้มี ventilation-perfusion mismatch ในระยะต่อมาการระบายอากาศจะลดลงเป็นผลให้มี hypoxemia without hypercapnia ผู้ป่วยจะหายใจแรง มี work of breathing เพิ่มขึ้น ร่างกายจะชดเชยโดยมีการระบายอากาศเพิ่มขึ้นทำให้มีภาวะต่างจากการหายใจ จากความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายไม่สามารถชดเชยได้ในระยะสุดท้ายของโรค ventilation-perfusion mismatch ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเกิดภาวะกรดจากการหายใจ และมีภาวะหายใจล้มเหลวในที่สุด³ ประการสำคัญผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อที่ปอดและลุกลามเข้าสู่กระแสโลหิต (sepsis) เป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะช็อก (septic shock) ในช่วงระยะของการดูแลใน 1-3 วันแรกผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาภาวะช็อก แม้ว่าจะได้รับ fluid resuscitation, vasopressor, corticosteroids และ antibiotic ก็ตาม ซึ่งจะสังเกตได้จากค่า hemodynamic data และ urine output ที่ได้

ผู้ป่วยมีความเปราะบางมากทำให้เกิดความเสี่ยงสูง (high vulnerability) เนื่องจากมีหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น เมื่อมีการติดเชื้อในปอดเกิดปฏิกิริยา inflammatory response กระตุ้นหลอดลมให้มีการตีบแคบส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อที่ปอดยังลุกลามเข้าสู่กระแสโลหิต จนเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) จากการที่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาภาวะ shock ทำให้ผู้ป่วยมี

ความเสี่ยงสูงมากที่จะทวีความก้าวหน้าไปสู่ภาวะ multi organ dysfunction syndromes (MODS) ในที่สุด นอกจากนี้ยังมี adverse events และ complications ที่ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดได้ เนื่องจากความรุนแรงของความเจ็บป่วยการรักษาและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่น ภาวะ ICU delirium, ICU acquired weakness และจากการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยแบบประเมิน APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) ได้คะแนนเท่ากับ 25 ซึ่งบ่งชี้ถึงอัตราตายที่เกิดขึ้นได้ถึง 35-55%

ความคงที่หรือความสมดุลของผู้ป่วยรายนี้มีน้อย (minimal stable) โดยเฉพาะการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตที่ยังไม่คงที่มีผลกระทบถึงสัญญาณชีพของผู้ป่วย คือมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีการตีบแคบของหลอดลมไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ค่า hemodynamic ไม่คงที่ ต้องใช้ fluid resuscitation และ vasopressor drug ช่วย

ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้มีความซับซ้อนสูง (highly complex) ทั้งปัญหาด้านร่างกาย สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว สิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วย ความเชื่อและค่านิยม ตลอดจนการจัดการการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลและปฏิบัติตนเองไม่เหมาะสม ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ วันละ 3-4 มวน อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นแหล่งทำเหมืองแร่ มีฝุ่นควันมากตลอดทั้งวัน มีความเชื่อผิดสางเทวดา ภรรยามีความเชื่อว่าตนเองเป็นร่างทรงสามารถรักษาโรคได้ โดยไม่ต้องรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้การรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงมากขึ้น

การมีแหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยรายนี้ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง (moderate resources availability) เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ รับทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหอบหืด มีความรู้ในการดูแลตนเองบ้าง แต่การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือยังสูบบุหรี่ และรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย เป็นหัวหน้าครอบครัว มีฐานะปานกลางอาชีพค้าขาย รายได้เดือนละ 4,000-6,000 บาท ในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ทำให้สูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทอง ภรรยาเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยโดยรถยนต์ส่วนตัว ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยเป็นแบบกึ่งเมือง กึ่งชนบท ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรชาย ไม่ค่อยสูงส่งกับใครเพราะเป็นคนต่างจังหวัด บิดาและมารดาเสียชีวิต เมื่อเจ็บป่วยจะมีภรรยาเป็นผู้ดูแลสัมผัสพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้านดี เมื่อเจ็บป่วยจะมีคนมาเยี่ยมเป็นบางครั้ง การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ที่มีบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป ตามหลักการผู้ป่วยรายนี้มีพยาธิสภาพที่ปอด ที่ต้องการได้รับเครื่องช่วยหายใจที่เป็น advanced ventilator (มี function ของ dual mode) อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยได้มีการใช้เพียง pressure control mode ซึ่งมีข้อจำกัดคือทำให้ได้ tidal volume ไม่พอเพียงในบางครั้งที่หายใจ

ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง (moderate participation in care and moderate participation in decision making) ในการรับการรักษา

ครั้งนี้ผู้ป่วยและภรรยาให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยสื่อสารกับทีมสุขภาพโดยใช้วิธีการเขียนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักอาศัยภรรยาช่วยเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและคำแนะนำเพื่อช่วยในการตัดสินใจจากทีมสุขภาพเพิ่มเติม

จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนถึงระยะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายจนขาดสมดุลของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองการรักษาได้อย่างสมบูรณ์โดยเฉพาะในช่วง 1-3 วันแรกของการดูแล การรักษาต้องปรับยา ปรับสารละลาย และปรับการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามอาการแสดงที่ประเมินได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดเวลา (close monitoring) จากการประเมินอย่างต่อเนื่องจะเห็นได้การทำงานของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับขนาดของการใช้ยาชนิดของสารละลายและรูปแบบการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นความสามารถในการคาดการณ์หรือทำนายจึงถือว่าทำได้ยาก (not predictable)

จากลักษณะของผู้ป่วยดังได้กล่าวมา สามารถวินิจฉัยปัญหาตามกรอบแนวคิดของ synergy model ได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายในระดับต่ำ มีความเปราะบางมาก ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงและไม่สามารถปกป้องตนเองได้ ความคงที่หรือความสมดุลของผู้ป่วยมีน้อย ความสามารถในการรักษาภาวะสุขภาพให้คงที่ได้จำกัดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ลักษณะปัญหาที่มีความซับซ้อนสูง แหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

ในระดับปานกลาง ความสามารถในการคาดการณ์หรือทำนายของผู้ป่วยทำได้ยาก ดังนั้นคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดพลังในการดูแลและสามารถบรรลุผลลัพธ์ โดยสมรรถนะของพยาบาลจะต้องอยู่ในระดับ 5 ทั้ง 8 สมรรถนะ ซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การปฏิบัติการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยรายนี้ในระยะที่มีการเจ็บป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะ septic shock บทบาทของพยาบาล ก. ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ให้กิจกรรมการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีการบูรณาการความรู้ด้าน advanced pathophysiology, advanced health assessment, advanced pharmacology และหลักฐานความรู้ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยในระยะแรกของการค้นพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock พยาบาล ก. ร่วมกับทีมสุขภาพได้ให้ intensive life support ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและประคับประคองให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพให้น้อยที่สุด ได้มีการนำ sepsis bundle care มาใช้ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะ 6 ชั่วโมงแรก และใน 24 ชั่วโมงต่อมา แนวทางดังกล่าวประกอบด้วย การแก้ไขปัญหาระบบไหลเวียนโลหิตโดยการใส่สาย central line และ arterial line เพื่อทำ hemodynamic monitoring การให้ fluid resuscitation ซึ่งถือว่าเป็นความจำเป็นเร่งด่วนในลำดับแรก ๆ ร่วมกับการให้ vasopressor therapy เพื่อให้ tissue perfusion และ tissue oxygenation พอเพียง การส่งเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะตามเวลาที่กำหนด ในแนวทางการประคับประคองการทำงานของอวัยวะสำคัญต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดการทำงานผิดปกติ (organ

dysfunction) ได้แก่ pulmonary support โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบ pressure control ventilation (PCV) พยาบาล ก. ทำหน้าที่ติดตาม respiratory parameters อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ tidal volume, minute volume และ plateau pressure และสามารถวิเคราะห์แปลความข้อมูลที่เหมาะสมได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะ acute lung injury

เมื่อพิจารณาสมรรถนะของพยาบาล ก. ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าพยาบาล ก. ได้แสดงถึงความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) อยู่ในระดับ 5 กล่าวคือ สามารถใช้เหตุผลทางคลินิกประกอบการตัดสินใจสามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์สถานการณ์โดยภาพรวมได้ แปลผลข้อมูลที่ได้มาจากหลากหลายแหล่ง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาซับซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความสามารถบูรณาการประสบการณ์และความรู้สู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดภาวะ septic shock ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยไม่ response ต่อการให้ fluid resuscitation แผนการรักษาของแพทย์ได้มีการให้ vasopressors (ในกรณีนี้ คือ levophed) พยาบาล ก. ได้ทำการติดตามและประเมินค่า hemodynamic data อย่างใกล้ชิด ใช้ความรู้ pathophysiology และ pharmacology มาช่วยวิเคราะห์ response ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษา ปรับจำนวนสารละลายและยาที่ให้ตามการตอบสนองของผู้ป่วยภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ และดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยพยาบาล ก. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมีการรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาอย่างทันที่ พยาบาล ก. ใช้ประสบการณ์ในการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ

advanced mode of ventilator (PCV mode) สามารถติดตามประเมิน tidal volume, minute volume, peak inspiratory pressure, และ plateau pressure เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจ และการแลกเปลี่ยนก๊าซ และสามารถปรับ PEEP ให้อยู่ในระดับ optimal PEEP เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในระดับที่ยอมรับได้ขณะเดียวกันก็ไม่ทำให้เกิด cardiac output ลดลงด้วย

การที่พยาบาล ก. จะมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องกับสถานการณ์ได้ พยาบาล ก. จะต้องมีการทบทวนความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการทำ early goal directed therapy ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายของการรักษา การให้สารน้ำ การใช้ยา การทำ hemodynamic monitoring การปรับตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกลไกการรักษาและสามารถปฏิบัติได้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ได้ ตามแนวคิดของ synergy model สมรรถนะดังกล่าวถือเป็นการแสวงหาทางคลินิก (clinical inquiry) ซึ่งพยาบาลที่มีสมรรถนะนี้ จะสามารถประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย (ผลลัพธ์) ทบทวนการปฏิบัติที่ผ่านมา แสวงหาความรู้สืบค้นหาข้อมูล หลักฐาน งานวิจัย มีความรู้และทักษะในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และผลการวิจัยร่วมกับการประสบการณ์ทางคลินิก

ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาล ก. มีโอกาสให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการดูแล และการประเมินผลการพยาบาลแก่พยาบาลใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และเมื่อพบว่าญาติมีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย พยาบาล ก. ก็ได้ถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ

ของญาติ ซึ่งนอกจากจะทำให้ญาติรับรู้ข้อมูลตามความเป็นจริงแล้วยังช่วยลดความวิตกกังวลของญาติได้อีกด้วย การทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามแนวคิดของ Synergy model เรียกสมรรถนะนี้ว่า facilitation in learning

โดยทั่วไปการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีการทำงานเป็นทีมหากผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่และค่อนข้างรุนแรง การประสานงานกับแพทย์อย่างต่อเนื่องและรวดเร็วจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาล ก. ได้ประสานความร่วมมือ (collaboration) ระหว่างแพทย์ ญาติ ผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพในการส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระดับที่ดีที่สุดรวมทั้งพยาบาล ก. ได้มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาทางพยาบาลและประชุมปรึกษากับสหวิชาชีพเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และขณะเดียวกันก็ยังเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการประชุมการอภิปราย ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นผู้แสวงหาทรัพยากรที่หลากหลายในการดูแลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่สูงสุด

ในกรณีศึกษารายนี้พยาบาล ก. ได้วางระบบเกี่ยวกับการดูแลให้มีคุณภาพ โดยนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการวัด CVP มาใช้ มีการปรับเปลี่ยนการกำหนดระดับศูนย์ไว้ที่ตำแหน่ง mid chest แทน mid axillary ตามหลักฐานที่สืบค้นมาได้ทำให้ค่า CVP มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และแพทย์สามารถปรับจำนวนสารละลายได้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยและได้นำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ PCV mode และ weaning guidelines มาใช้ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถพาผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจได้อย่างราบรื่น แม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะเป็

ผู้ป่วย difficulty wean ก็ตามการปฏิบัติโดยใช้องค์ความรู้หรือเครื่องมือต่างๆของพยาบาล ก. ที่ช่วยให้การบริการมีคุณภาพและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเท่าเทียมกัน ต้องอาศัยสมรรถนะการคิดเชิงระบบ (systems thinking)

ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่และอาการค่อนข้างรุนแรง พยาบาล ก. ได้ส่งเสริมพลังอำนาจแก่ครอบครัวในการแสดงออกถึงความคิดเห็นของตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรวิชาชีพและทำหน้าที่แทน (advocacy and moral agency) พยาบาล ก. ให้การพยาบาลด้วยความเห็นอกเห็นใจตระหนักและคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมถึงความสุขสบายของผู้ป่วยด้านร่างกายตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว นำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแล กล่าวคือ พยาบาล ก. ได้จัดให้มีการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องครอบคลุมและชัดเจนแก่ครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและได้เข้าเยี่ยมอย่างใกล้ชิด จัดให้มีการให้คำปรึกษา มีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเพื่อให้เผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ประการสำคัญพยาบาล ก. ได้คอยระวังอาการผิดปกติต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงไม่สามารถตัดสินใจกระทำสิ่งใด ๆ ได้ด้วยตนเอง

พยาบาล ก.ได้ให้โอกาสครอบครัวในการแสดงออกถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ส่วนการบูรณาการความแตกต่างเข้าด้วยกันเพื่อการดูแล (response to diversity) นั้น กิจกรรมที่พยาบาล ก. ได้แสดงออกคือการบูรณาการความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาผสมผสานการดูแลให้เหมาะสม

การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยรายบุคคล

ภายหลังการให้การดูแลผู้ป่วยพยาบาล ก. ได้ประเมินผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ ภาวะ adequate tissue oxygenation การรอดชีวิตของผู้ป่วย ความสามารถของอวัยวะที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ความพึงพอใจของครอบครัว

สรุป

จากกรณีตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤต จะเห็นว่า เมื่อความต้องการหรือลักษณะของผู้ป่วย (ในกรณีนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1) ลักษณะของหน่วยงานหรือระบบมีความสอดคล้องกับสมรรถนะหรือความสามารถของพยาบาล (ในกรณีนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 5) ทำให้

เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์การนำ synergy model มาใช้ ทำให้พยาบาลมีความชัดเจนในบทบาท มีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของตัวเอง ในส่วนของผู้บริหารในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถใช้ลักษณะของผู้ป่วยที่ประเมินได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนเป็นเกณฑ์ในการมอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ synergy model เป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. Curley MA. Patient–nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *Am J Crit Care* 1998; 7(1): 64–72.
2. Piyakong D. Apply the synergy model for caring the head injury with critical ill patient. *JNHS* 2010; 4(2):2–11.
3. Holgate ST, Polosa R. The mechanisms, diagnosis, and management of severe asthma in adults. *Lancet* 2006; 368(9537): 780–93.

Applying the synergy model for caring critically ill patients

Chaweewan Thongchai.¹ M.A.

Abstract: Critical illness is a very complicated and life-threatening condition. Caring for these patients need close monitoring from high expertise and high experienced nurses or advanced practice nurses (APN). To achieve positive outcomes in caring for the critically ill patients, integration of related concepts, theories, and nursing model are needed. Synergy model for patient care is a nursing model designed for guiding nursing practice. This article presents one example of applying Synergy model in caring for the critically ill patients.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(1) 05-18

Keywords: synergy model, critically ill patients, advanced nursing practice

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University